

AUTORIZZAZIONE DI ACCESSO ALLO SPORTELLO D'ASCOLTO PRESSO
LA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO "SIBILLA ALERAMO"
(Da consegnare compilata e firmata al coordinatore della classe)

Da consegnare alla scuola

I sottoscritti genitori:

Padre.....

Madre.....

esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a

della classesez della scuola Secondaria di Primo Grado dell'Istituto
Comprensivo "Sibilla Aleramo", Torino,

AUTORIZZANO

il/la proprio figlio/a, a rivolgersi allo sportello d'ascolto scolastico, tenuto dalla Psicologa Dott.sa
Consuelo Aringhieri, informati che:

- è una consulenza gratuita, finalizzata a costruire una opportunità per favorire delle riflessioni negli studenti;
- costituisce un momento qualificante di promozione del benessere psicofisico degli studenti;
- costituisce un momento qualificante di ascolto e di sviluppo di una relazione di supporto;
- si avvale del colloquio personale come strumento di conoscenza principale;
- il trattamento dei dati avviene secondo procedure idonee a tutelare la riservatezza e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, cancellazione, distruzione degli stessi;
- lo psicologo valuta ed eventualmente- se richiesto, fornisce al paziente le informazioni necessarie a ricercare altri e più adatti interventi (Art. 27 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani);
- lo psicologo è vincolato al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi italiani, in particolare è strettamente tenuto al segreto professionale (Art. 11);
- lo psicologo può derogare da questo obbligo in base a quanto previsto dagli Art.12 e 13 del Codice Deontologico degli Psicologi italiani o su richiesta dell'Autorità Giudiziaria;

Torino,_____.

Firme di entrambe i genitori o di chi ne fa le veci

